

| | | | | |
|------------|----|----|---|-------|
| 部長 事務所長 | 課長 | 係長 | 係 | C P U |
| | | | | |

健康保険 被保険者証 滅失届

(注意事項)

1. この届書は、健康保険の被保険者証を滅失したため、「被保険者資格喪失届」に被保険者証を添付して返納することが出来ない場合、もしくは被保険者証の更新しないしは検認の際に、被保険者証を提出または返納することが出来ない方が、有効被保険者証の再交付を受けるために提出するものです。

2. 記載にあたっては、次のことに留意してください。
 イ、③の昭和・平成 ④の昭・平の文字は、それぞれ該当する文字を○印でかこんでください。
 ロ、④欄には、被保険者証を滅失した人の氏名・生年月日を記入してください。
 ※印の欄は、記入しないでください。

※ 未返納整理簿記載済 No.

| | | | | | |
|----------------------------|-------------|-----------|----------|---|-------|
| ① 被保険者記号及び番号 | 記号 | 番号 | | | |
| ② 被保険者氏名・印 | ③ 生年月日 | | 昭和 平成 | 年 | 月 日 生 |
| ④ 被保険者証を滅失した者の氏名・生年月日・続柄等 | 氏名 | 生年月日 | 続柄 | | |
| | | 昭・平 年 月 日 | | | |
| | | 昭・平 年 月 日 | | | |
| | | 昭・平 年 月 日 | | | |
| | | 昭・平 年 月 日 | | | |
| ⑤ 被保険者の現住所 | 〒 - | | | | |
| ⑥ 被保険者の資格を取得した日 | 昭和・平成 年 月 日 | | | | |
| ⑦ 被保険者が勤務をする(していた)事業所名・所在地 | (イ) 名称 | | | | |
| | (ロ) 所在地 | | | | |
| ⑧ 被保険者証を滅失した理由(詳しく) | | | | | |

全国印刷工業健康保険組合

〔被保険者証発見の際の返納誓約〕

上の届書に記載したとおり被保険者証を滅失しましたが、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納します。

被保険者氏名 ④

| | | |
|--------|---------------------------------------|----------|
| 事業主の証明 | 上記のとおり、健康保険被保険者証を滅失したことに相違ないことを証明します。 | 平成 年 月 日 |
| | 事業所所在地 | |
| | 事業所名称 | |
| | 事業主氏名 | ④ |
| | 電話 | () 番 |

受付日付印

| | |
|--------|---|
| 社労士記載欄 | ④ |
|--------|---|